

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 117

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue, le 2 juin 1870,

PAR JOSEPH JACQUEY

Né à Es-Comtes (Haute-Saône)

Pharmacien de 1^{re} Classe. — Ex-interne en pharmacie.

Elève externe des hôpitaux de Paris. — Médaille de bronze, 1869.

Elève de l'école pratique (concours 1866.)

DES

AFFECTIONS SYPHYLITQUES

DU FOND DE L'OEIL.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1870

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs. MM.

Anatomic.	SAPPEY.
Physiologie.	LONGET.
Physique médicale.	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	N.
Pathologie médicale.	AXENFELD.
	HARDY.
Pathologie chirurgicale.	DOLBEAU.
	VERNEUIL.
Anatomie pathologique.	VULPIAN.
Histologie.	ROBIN.
Opérations et appareils.	DENONVILLIERS.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	GUBLER.
Hygiène.	BOUCHARDAT.
Médecine légale.	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.	PAJOT.
Pathologie comparée et expérimentale.	BROWN-SÉQUARD.
	Chargé de cours.
	BOUILLAUD.
Clinique médicale.	SÉE (G).
	LASEGUE.
	BEHIER.
	LAUGIER.
Clinique chirurgicale.	GOSSELIN.
	BROCA.
	RICHET.
Clinique d'accouchements.	DEPAUL.

Doyen honoraire, M. le Baron PAUL DUBOIS.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le Baron J. CLOQUET, GRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. DESPLATS.	MM. JACCOUD.	MM. PAUL.
BALL.	DUPLAY.	JOULIN.	PÉRIER.
BLACHEZ.	FOURNIER.	LABBÉ (LÉON).	PÉTER.
BUCQUOY.	GRIMAU.	LEFORT.	POLAILLON.
CORNIL.	GUYON.	LUTZ.	PROUST.
GRUVEILHIER.	ISAMBERT.	PANAS.	RAYNAUD.
DE SEYNES.			TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N. . .
— des maladies des enfants.	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses.	N. . .
— de l'ophthalmologie.	N. . .
Chef des travaux anatomiques	Marc SÉE.

Examineurs de la thèse.

MM. RICHET, *président*; DENONVILLIERS, RAYNAUD, BUCQUOY.

M. LE FILLEUL, *Secrétaire*.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

UXORI, PARENTIBUS

ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A M. LE PROFESSEUR RICHET

Professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris,

Membre de l'Académie de médecine,

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX.

A M. LE PROFESSEUR PIORRY

Officier de la Légion d'honneur,
Membre de l'Académie impériale de médecine,
Médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

A M. LE PROFESSEUR BÉHIER

Professeur de Clinique médicale de la Faculté de médecine,
Membre de l'Académie de médecine,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Officier de la Légion d'honneur.

A M. PANAS

Chirurgien à Saint-Louis,
Professeur agrégé à l'Ecole de médecine de Paris.

A. M. LE DOCTEUR RAYNAUD

Docteur ès lettres. — Professeur agrégé à l'Ecole de médecine.

A M. LE DOCTEUR SICHEL

Témoignage de reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR FANO

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

A M. LE DOCTEUR GALEZOWSKI

Remerciements sincères pour ses bons conseils.

DES

AFFECTIONS SYPHILITIQUES

DU FOND DE L'ŒIL

AVANT-PROPOS.

A la période secondaire et à la période tertiaire, la syphilis se manifeste par des formes si diverses que le médecin ne saurait trop se tenir en garde contre cette maladie chaque fois qu'il se trouve en face d'une lésion dont les causes ne lui paraissent pas évidentes. Il est cependant d'une grande utilité de savoir reconnaître si l'affection qu'on est appelé à traiter est de cause syphilitique.

Si après s'être posé cette question on la résout par l'affirmative, on peut généralement, par un traitement bien dirigé, obtenir des résultats qu'on n'aurait pas espérés si la cause avait été méconnue.

C'est cette raison qui m'a déterminé à prendre pour sujet de ma dissertation inaugurale les affections syphilitiques du fond de l'œil.

Mon intention est d'étudier les caractères différentiels qui devront servir au diagnostic des lésions syphilitiques diverses

de la rétine, de la choroïde et du corps vitré ; indiquer le traitement à suivre et montrer les résultats auxquels on arrive.

Je dois donc classer et décrire ces altérations d'après leur ordre de fréquence, citer à l'appui de ma manière de voir soit des faits que j'aurai recueillis moi-même, soit des observations qui n'auront été communiquées par des médecins expérimentés s'occupant spécialement des maladies des yeux.

HISTORIQUE.

Jusqu'à ces derniers temps on ne s'est pas occupé de l'influence des affections syphilitiques sur les membranes profondes de l'œil. On plaçait indistinctement tous les troubles de la vue qui n'avaient pas de cause apparente dans la grande classe des amauroses que Lisfranc avait si bien caractérisée par cette définition : « L'amaurose est une maladie dans laquelle le médecin et le malade ne voient rien.

Aujourd'hui, grâce à l'ophthalmoscope, instrument si utile dans le diagnostic de toutes les maladies des parties profondes de l'œil et dont nous devons la découverte à Helmholtz, professeur à l'université de Heidelberg, nous arrivons à diminuer chaque jour le nombre si grand des amauroses, par la connaissance exacte des lésions du fond de l'œil qui causent ces troubles de la vision si intéressants à étudier.

C'est au commencement de ce siècle qu'on s'est vivement préoccupé de la relation qui pouvait exister entre la syphilis et certaines amauroses.

Rognetta en 1833 (*Compte-rendu de la clinique de Dupuytren*) cite l'observation d'une femme atteinte d'amaurose depuis 10 mois.

Traitée à l'Hôtel-Dieu par des antiphlogistiques, le séton à la nuque, les vésicatoires, la dérivation intestinale, etc., elle n'en retira aucun avantage. On apprit qu'elle avait eu la vérole un an auparavant; elle fut alors soumise pendant dix jours seulement à un traitement antisyphilitique qui donna, comme résultat un plein succès.

Langenbeck (*Nouvelle bibliothèque*, vol. I.), Wedemeyer, Weller (*Traité pratique des maladies des yeux*) rapportent des observations d'amauroses rebelles, guéries par des traitements mercuriels divers: soit par le bichlorure de mercure à la dose de 0,01 par jour, soit par l'emploi de l'onguent napolitain en friction circum-orbitaire ou par un traitement mixte.

Yvaren (*Métamorph. de la syphilis*), Petrequin (*Traité de l'amaurose*), Deval (*Traité de l'amaurose*), Scarpa, Demours, Lagneau, Denonvilliers, Gosselin et Zambacco (*Affections nerveuses syphilitiques*), rapportent de nombreuses observations d'amauroses, quelques-unes de choroïdite et de rétinite de nature syphilitique, mais aucune de ces observations n'est suffisante pour prouver que ces affections sont de cause syphilitique. On voit simplement des amauroses se développer sur des sujets syphilitiques, et si ce n'était le traitement on serait en droit de dire qu'il n'y avait aucune preuve de syphilis.

Pétréquin, lui-même, dit que les symptômes énumérés dans toutes ses observations ne diffèrent pas de ceux de l'amaurose idiopathique et qu'ils n'offrent rien qui puisse servir à établir le diagnostic différentiel.

Il ne spécifie rien sur la forme de la pupille, sur la couleur du fond de l'œil ni sur l'état de la circulation intérieure du globe.

A cette indication bibliographique nous ajouterons les travaux plus nouveaux dus à MM. Blache et Luys (*Gazette des hôpitaux*, 1861), Virchow (*Syphilis*, traduction du Dr Picard) Fano (*Gazette des hôpitaux*, 1862), Mackenzie (*Maladies des yeux*), Galezowski (*Chromatoscopie*, *Gazette des hôpitaux*, 1866 et *Annales d'ophtalmologie*).

et enfin les travaux remarquables de Follin et Foucher qu'une mort prématurée a enlevés à la science dont ils allaient reculer les limites.

CLASSIFICATION.

Il y a deux espèces d'amauroses syphilitiques.

L'une extra-oculaire est due soit à la compression du cerveau, au voisinage du chiasma ou le long du nerf optique, soit à une affection analogue à certaines paralysie syphilitique.

Dans cette première catégorie l'ophthalmoscope fait découvrir des altérations diverses de la papille et de son pourtour relevant de l'inflammation et suivies consécutivement d'atrophie, caractérisée par des bords déchiquetés, sa couleur pâle et ses vaisseaux filiformes. Nous n'avons pas à nous occuper de cette variété qui, quoique fort intéressante à étudier, nous conduirait à des développements que ne comporte pas ce travail.

La deuxième espèce d'amaurose, celle que nous allons traiter, est caractérisée par des lésions de la choroïde, de la rétine, du nerf optique et du corps vitré.

Je choisirai l'ordre de fréquence dans lequel on observe ces maladies, à savoir : la choroïdite d'abord, et immédiatement après l'hyaloïdite, je dirai plus loin pour quelle raison.

2° La rétinite avec et sans altération de la choroïde.

3° La névrite. Nous verrons ensuite quelques observations qui prouveront que toutes ces altérations peuvent exister simultanément.

* ÉTIOLOGIE DES MALADIES INTERNES DE L'ŒIL DUES A LA SYPHILIS.

Il est quelquefois bien difficile de remonter aux antécédents syphilitiques des maladies ; on éprouve des difficultés de plusieurs ordres. Quelques-uns se doutent du résultat auquel vous voulez

arriver et répondent négativement à toutes les questions qui peuvent éclairer sur le diagnostic, d'autres nient de bonne foi les accidents antérieurs de la syphilis. Cette erreur, de leur part, provient de ce que souvent les accidents secondaires passent inaperçus. Certains malades enfin prennent un simple écoulement inflammatoire de l'urèthre pour la syphilis et peuvent ainsi, dans le cas d'un examen superficiel, induire le médecin dans l'erreur. On ne saurait donc mettre trop de soin dans la recherche des antécédents du malade.

On s'est demandé si entre la syphilis et les lésions des membranes profondes de l'œil il y avait une relation de cause à effet, ou bien si au contraire on devait regarder comme une simple coïncidence le développement de ces maladies sur des sujets syphilitiques. Aujourd'hui, la première opinion n'est plus mise en doute quoiqu'on ne puisse pas rigoureusement établir l'influence diathésique sur la production de ces maladies. Il est vrai que les maladies des yeux ne sont pas toujours la conséquence de la syphilis. De plus, à une personne atteinte de maladie vénérienne infectieuse on ne peut pas assurer qu'elle souffrira des troubles de la vision que nous indiquons ici ; mais ces désordres symptomatiques ne sont pas les seuls qui peuvent manquer complètement chez les individus syphilitiques ; nous savons depuis longtemps que le virus syphilitique, unique dans son essence, produit, comme tous les virus, des effets divers subordonnés au terrain sur lequel il agit. Nous voyons tous les jours la vérole faire des progrès rapides, et les accidents produire des désordres les plus terribles qu'on ne peut enrayer par aucune médication sur certains sujets, tandis que sur d'autres, au contraire, les accidents syphilitiques se développent mal, ils tendent même à disparaître à une certaine période.

Or, les maladies qui nous occupent font précisément partie des nombreuses manifestations de la syphilis ; elles ont, du reste, par

leurs symptômes concomitants, par leur marche et surtout par leurs caractères ophtalmoscopiques et par la manière dont elles se comportent sous l'influence du traitement spécifique, des caractères spéciaux que nous décrirons plus loin.

Ce n'est pas toujours à la même période de la syphilis qu'on voit arriver ces accidents du côté de la vue; aussi éprouvons-nous une certaine difficulté pour indiquer le moment précis de l'évolution syphilitique, où l'on voit apparaître les affections oculaires spécifiques. Tantôt elles accompagnent les syphilides exanthématiques; tantôt, apparaissant plus tardivement, elles constituent pour ainsi dire une transition entre les altérations secondaires et les affections tertiaires. En général, elles envahissent l'œil, de la partie antérieure à sa partie postérieure, quoiqu'on puisse cependant remarquer le contraire dans bien des cas.

Les poussées et les récidives sont fréquentes, elles alternent avec d'autres désordres soit à la peau, soit dans les parties profondes de l'organisme; elles sont d'autant plus rebelles qu'elles surviennent à une période plus éloignée du début de l'accident primitif.

LÉSIONS DE LA CHOROÏDITE.

Ces lésions qui surviennent souvent par suite de l'extension de l'iritis aux membranes profondes, consistent en une injection générale ou partielle de la choroïde ou en dépôt plastique, qui s'étendent à la surface ou dans son intérieur; tantôt d'une manière uniforme, tantôt par bandes ou par plaques disséminées de dimensions variables. C'est pour cette raison que nous décrirons deux espèces de choroïdites, l'une sous le nom : *de choroïdite inflammatoire* ou *congestive*, et l'autre sous celui de *choroïdite exsudative*, disséminée ou choroïdite plastique.

Choroïdite congestive.

La choroïdite débute généralement par l'apparence soudaine d'une douleur peu intense. Le malade éprouve une sensation de tension intra-oculaire, qui donne à l'œil une dureté inaccoutumée. Il éprouve en même temps un affaiblissement notable de la vue qui le préoccupe plus que la douleur, car il confond souvent ce dernier phénomène avec les céphalées nocturnes, qu'il éprouve souvent depuis bien longtemps.

La vue baisse peu à peu et d'une manière progressive; les malades expriment leurs sensations par cette comparaison :

On dirait qu'ils voient les objets extérieurs à travers un brouillard qui s'épaissit chaque jour.

Ils observent des mouches volantes ou d'autres corps opaques fixes qui suivent la vue dans tous les mouvements.

En même temps que ces signes qui sont subjectifs, on observe un cercle d'un rouge bleuâtre de la sclérotique large d'un $1/2$ millimètre à 1 millimètre enchâssant la cornée.

Ce cercle est dû à la stase sanguine qui distend les veines sous-conjonctivales de la sclérotique. Ces vaisseaux sont légèrement poussés vers la cornée et arrivent à quelques millimètres de la circonférence qui marque leur terminaison; ils deviennent capillaires et s'anastomosent entre eux en formant de longues arcades dont la convexité est dirigée vers le cercle cornéen. Ce cercle veineux semble quelquefois empiéter sur la cornée, de manière à changer en ovulaire la forme circulaire de cette membrane, mais il ne faut cependant pas le confondre avec le cercle sénile qui est produit par le résultat d'une modification cellulaire et le dépôt de substance adipeuse dans la partie de la cornée, qui est en rapport avec la sclérotique. Nous ajouterons comme caractère de cette forme de choroïdite que la pupille est dilatée et que

l'iris se contracte peu : ses mouvements peu étendus suffisent pour faire deviner l'affaiblissement de la vue.

C'est à la compression de la rétine par la choroïde congestionnée que doivent être rapportés l'amblyopie et les hallucinations de la vision qui se déclarent sous forme de perception lumineuse ou d'auréole de diverses couleurs qui entourent les objets. Cette origine fait comprendre la rapidité avec laquelle on peut dans certain cas conjurer et faire disparaître cette amblyopie et ces troubles qui s'étaient développés si vite.

La cornée et la chambre antérieure sont normales.

Ces divers symptômes reconnus, on pourra déjà diagnostiquer la nature de la maladie. Mais les signes ophtalmoscopiques vont compléter notre description.

Bien des ophtalmologistes examinent leurs malades sans recourir à la dilatation préalable de l'iris par l'atropine, sous prétexte que le malade se trouve gêné pendant un jour ou deux par le trouble causé dans la vision après cette petite opération. C'est un tort, selon moi, parce qu'il est impossible de faire un examen complet du fond de l'œil sans dilatation. L'iris se contracte aux premiers rayons de lumière qui tombent sur la rétine, de telle sorte que souvent on ne voit seulement pas complètement la pupille du nerf optique. Du reste, on peut, à l'aide d'une solution d'ésérine ou d'extrait de fève de Calabar, combattre la mydriase qu'on a produite artificiellement, et ramener la pupille à son état normal.

A l'ophtalmoscope nous remarquons que le fond de l'œil nous apparaît sous une teinte rouge brun qui diffère essentiellement de la teinte rosée qu'on observe dans un œil sain. Cette coloration foncée, uniforme et permanente, peut très-bien se voir à l'aide du miroir seulement. Au moyen de la lentille biconvexe, à l'image renversée, nous voyons dans la couche vasculaire de la rétine des vaisseaux tortueux gorgés de sang, et figurant une injection de la conjonctive.

Le pigment tend à disparaître et forme, par son amas dans certaines parties de la choroïde, des taches qui sont décrites sous le nom de macération du pigment.

Il est à remarquer que les caractères ophthalmologiques sont plus faciles à observer chez les blonds qui ont une couche pigmentaire moins épaisse, que chez les bruns, dont la couche pigmentaire laisse difficilement traverser la lumière, de façon qu'on voit moins distinctement l'engorgement vasculaire.

Les signes de la choroïdite congestive se déclarent brusquement, ainsi que je l'ai déjà dit ; mais la marche de cette maladie est lente et les phénomènes que nous avons décrits n'augmentent point d'intensité pendant une assez longue période de temps. Il est bon cependant que l'on intervienne au début, afin de ne pas exposer la rétine à subir une modification inflammatoire qui pourrait être causée par la compression que la choroïde exerce sur la rétine.

On pourrait aussi regarder avec de Graefe cet état de congestion prolongé comme pouvant déterminer une hydropisie de l'œil, et par suite les accidents propres au glaucome dans sa première période.

Diagnostic. — Pour arriver au diagnostic de la choroïdite congestive syphilitique, il faut rechercher avec soin les antécédents du malade, voir si on ne retrouverait pas des traces des accidents primitifs ou secondaires. On devra tenir compte des ganglions inguinaux et cervicaux, des maux de tête avec exacerbation le soir, chute des cheveux, pytiriasis du cuir chevelu, gourmes syphilitiques, maux de gorges, etc.

Il est d'autant plus utile de s'éclairer sur les antécédents, que nous ne pouvons pas, par les signes rationnels de la choroïdite congestive, distinguer la choroïdite syphilitique de la choroïdite idiopathique.

Je ne décrirai pas ici les altérations pathologiques de cette forme morbide parce qu'elles sont exactement les mêmes que

celles qu'on trouve à la première période de la forme suivante.

De la choroïdite exsudative dissiminée.

Cette forme de choroïdite est bien plus fréquemment observée que la forme congestive simple, les lésions qui la caractérisent sont mieux définies, plus faciles à voir, et l'altération de la vue plus grave que dans le cas précédent.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Il y a deux périodes bien distinctes dans cette maladie :

Dans la première période, période d'invasion, on remarque les mêmes lésions que dans la forme précédente.

La deuxième période est caractérisée par des exsudats plastiques ; c'est seulement pendant ce dernier état que l'ophtalmoscope nous permet de différencier la choroïdite syphilitique de la choroïdite albuminurique et de l'atrophie choroïdienne.

1^o *Première période ou période conjective.* — Cette période est caractérisée par une injection plus ou moins intense des vaisseaux choroïdiens. Comme dans toutes les inflammations, cette congestion de la choroïde entraîne avec elle une coloration plus éclatante du fond de l'œil, une vascularisation plus grande de la choroïde, une augmentation dans l'épaisseur de la couche vasculaire et comme conséquence la compression des membranes voisines, à savoir la sclérotique et la rétine ; or, comme la sclérotique est une membrane fibreuse très-résistante, il s'ensuit que la rétine seule subit l'effet de compression causée en quelque sorte par la dilatation de la choroïde.

A cette ampliation des vaisseaux choroïdiens se joint une modification survenue dans la nature de la couche la plus intérieure de la choroïde ou couche pigmentaire. On observe que l'opacité de cette couche diminue et se laisse plus facilement traverser par les rayons lumineux dirigés sur le fond de l'œil dans le but

d'examiner la deuxième couche ou couche vasculaire de la choroïde. Cette modification de la couche pigmentaire de la choroïde, désignée par les auteurs sous le nom de macération du pigment, trouve son explication dans la sérosité exsudée au premier degré de l'inflammation. Cette sérosité s'exhale en effet entre les deux couches de la choroïde, pénètre par endosmose dans les cellules pigmentaires, désagrége et étend les corpuscules de pigment qui y sont contenus.

On comprend très-bien que de cette façon la même quantité de pigment, contenue dans une quantité de liquide bien plus considérable, doit apporter moins de gêne dans la marche des rayons lumineux, aussi voit-on plus facilement le réseau vasculaire de la choroïde.

Plus tard le pigment disparaît complètement dans certaines régions, et laisse voir le stroma de la choroïde, c'est ce qu'on appelle : *atrophie pigmentaire*. La science étant encore peu éclairée sur la manière dont le pigment s'accumule sur certains points pour en laisser d'autres dépourvus, on a attribué cette atrophie au frottement qu'exerçait la choroïde sur la rétine. Je ne crois pas que cette raison soit valable ; on n'a pas dit comment se fait ce frottement, et je crois qu'il ne peut pas avoir lieu, puisque la rétine et la choroïde adhèrent assez fortement ensemble pour que, sur un œil sain, on arrive assez difficilement à séparer ces deux membranes sans produire de rupture. En rapprochant ce fait de ce qui se passe dans le cas de plaques atrophiques de la choroïde, je me demande s'il ne faudrait pas plutôt rapporter ces amas de pigment à la disparition de la matière séreuse. Cette résorption produirait des dépôts de pigment sous forme d'îlots, tandis que d'autres parties en seraient privées. Quelle que soit, du reste, l'explication qu'on donne de ce phénomène, il n'en reste pas moins acquis que le dépôt de pigment, par places dans la choroïde, soit la formation de l'exsudat séreux ; il paraît même que

cette atrophie pigmentaire est considérée comme appartenant spécialement à la syphilis.

En résumé, les résultats immédiats de la congestion choroïdienne sont :

- 1° La couleur plus intense du fond de l'œil ;
- 2° Le développement plus considérable des vaisseaux ;
- 3° L'épaississement de la choroïde ;
- 4° La macération du pigment ;
- 5° Son atrophie irrégulière.

La rétraction pupillaire et l'injection des veines sous-conjonctivales en sont les conséquences éloignées.

Deuxième période, ou période des exsudats plastiques. — Cette période est consécutive à la période inflammatoire des exsudats se produisant dans la choroïde, à sa surface. Ils sont petits, nombreux, à bords dentelés, disposés sur toute la surface de la choroïde, et non au pourtour de la papille, comme certains médecins l'ont prétendu. Nous verrons comment on peut, avec l'ophthalmoscope, arriver à reconnaître sûrement ces exsudats, mais pour le moment, nous nous contenterons de dire que l'anatomie pathologique de ces lésions est encore peu connue, parce qu'elles n'entraînent point la mort. Nous avons donc rarement l'avantage de constater les désordres produits sur les membranes profondes de l'œil. M. Wecker cite, dans son *Traité des maladies des yeux*, une étude micrographique de M. Arnold Pagenstecher, dans laquelle il dit avoir vu plusieurs plaques de couleur claire, rondes ou ovales, et entourées d'un cadre foncé, éparpillées sur la totalité du fond de l'œil.

Leurs dimensions étaient variables; la plus étendue, large d'environ un demi-centimètre, se trouvait au-dessus et en dehors de la macula, tandis que les plus petites ne mesuraient guère que 2 millimètres de diamètre.

Ces plaques se trouvaient ou dans la choroïde, ou entre la choroïde et la rétine.

Sur des sections perpendiculaires, comprenant la rétine et la choroïde, il a reconnu que l'atrophie, dont ces membranes étaient atteintes provenait de la rétraction d'un exsudat épanché en cet endroit.

La diathèse syphilitique a été regardée comme une des causes les plus fréquentes de la choroïdite exsudative. De plus, ces affections, qui sont sous la dépendance de la syphilis, si elles se modifient promptement par un traitement anti-vénérien bien dirigé, tendent aussi à récidiver, et il n'est pas rare de voir revenir plusieurs fois les mêmes malades qu'on avait quitté chaque fois apparemment guéris. Ces cas de récurrence sont surtout fréquents chez les personnes qui sont soumises à des travaux minutieux qui exigent une certaine attention de leur part.

Devons-nous admettre que, par un travail d'inflammation sourde, d'irritation souvent inappréciable à nos sens, cette diathèse dépose au sein des tissus des éléments fibroplastiques, dont la nutrition et le développement sont rendus impossibles par le seul fait de leur abondance; et dire, avec Tood et Bowman, que les branches nerveuses forment un foyer d'attraction pour une matière morbifique engendrée par le sang, chaque paroxysme étant suivi d'une période de convalescence qui dure jusqu'à ce que la matière se soit accumulée de nouveau en quantité suffisante pour déterminer, sur ces nerfs, le même degré d'irritation?

Cette théorie, si elle était autre chose qu'une simple vue de l'esprit, expliquerait bien quelques paralysies de nature syphilitique; mais, dans tous les cas, nous ne saurions croire qu'il en est toujours ainsi.

ATROPHIE DE LA CHOROÏDE.

Certains auteurs ont décrit des choroïdites atrophiques spécifiques. Ces choroïdites atrophiques débutent d'emblée, ou bien surviennent après une congestion simple de cette membrane. J'ai vu un cas, au bureau central où il y avait de larges plaques atrophiques; le malade avait encore une vue relativement très-bonne. Je me suis expliqué cette anomalie quand, après un examen un peu plus approfondi, j'ai vu que les parties de la choroïde qui restaient étaient saines. C'est pour cette raison que la dénomination de choroïdite atrophique est fautive dans ce cas.

Le mot choroïdite atrophique implique l'idée d'une atrophie de la choroïde de cause inflammatoire.

Une atrophie de cette nature peut exister sans doute à la suite d'un exsudat, ainsi que nous l'avons dit.

Mais nous avons vu que la choroïde tout entière présentait des phénomènes morbides. Or, ici, la choroïde paraît saine. Nous devons penser que ces atrophies spécifiques sont consécutives à un défaut fonctionnel, inconnu et ancien de la choroïde; qu'il n'y a pas plus de processus inflammatoire que dans le cas où nous voyons l'atrophie d'un muscle à la suite de la paralysie des nerfs desquels dépendent la nutrition et le mouvement de ce muscle.

DE LA CYCLITE.

Outre l'iritis et l'irido-choroïdite qui donnent parfois des manifestations cornéennes qui ne se révèlent qu'à un examen des plus attentifs par des points presque imperceptibles sans le secours de la loupe de Brucke, il existe des formes de ces maladies désignées sous le nom de cyclite, qui engendrent des cornéites pointillées, rendant rarement nuageuse la surface de la cornée.

Ces formes d'irido-choroïdite souvent attribuées à l'influence du lymphatisme oculaire local ne peuvent se distinguer par aucun caractère pathognomonique d'avec les affections locales semblables relevant d'états généraux, tels que scrofule, syphilis, rhumatisme et puerpéralité. Tous ces cas ne diffèrent que par le traitement institué, d'après les antécédents du malade, des cyclites syphilitiques; le protoiodure d'hydrargyre et l'iodure de potassium en font assez souvent justice. Au contraire les accidents s'aggravent presque toujours par cette médication altérante dans les cas même de scrofule. Ces désordres coïncident ordinairement avec les accidents tertiaires et leur guérison est souvent simultanée.

Je dois à l'obligeance de M. Miard, chef de clinique de M. le D^r Galezowski une observation sur ce sujet. Je me bornerai à en citer les points principaux.

OBSERVATION I.

J...., âgé de 32 ans, façonneur de papier, a éprouvé les symptômes de la syphilis secondaire il y a quinze ans. Il se présente à la clinique de M. Alph. Desmarres dont le diagnostic fut cyclite de cause lymphatique.

A cette époque, dit M. Miard, l'œil était rouge, la cornée enveloppée d'un cercle dyscrasique très-prononcé, tranchant sur le reste de la conjonctive. De prime abord la cornée et l'iris paraissaient n'avoir aucune altération, mais un examen plus attentif à l'éclairage oblique révélait un léger iritis avec des exsudats postérieurs.

La vue était troublée, nuageuse. Le globe était douloureux à la pression au niveau du cercle ciliaire.

L'examen ophtalmoscopique montrait un léger trouble de l'humeur vitrée qui paraissait comme un voile au-devant de la rétine. Le traitement de M. Desmarres fut une bonne alimentation et

une instillation de quelques gouttes du collyre au sulfate d'atropine à 0,05 pour 10 grammes.

Huit jours après, les lésions s'étaient accentuées et il existait une kératite ponctuée très-fine. *Même traitement.*

Le 23 avril; plus d'un mois après, le point de kératite s'était progressivement élargi et simulait, quoique moins opaque, la kératite diffuse qui se rencontre souvent dans les affections granuleuses des paupières.

L'iris déformée par les synéchies présentait la forme ovale très-accentuée.

Quatre ou cinq mois après, M. Miard eut l'occasion de revoir ce malade chez M. Galezowski. Cet habile ophthalmologiste diagnostiqua une irido-choroïdite spécifique et fit suivre au malade un traitement énergique, mercuriel et ioduré. L'iodure de potassium fut élevé à la dose de 4 à 6 grammes par jour.

Le résultat ne se fit pas attendre. Au bout de quelques jours, l'acuité de la vue était suffisante pour permettre à M. Y..., de lire le n° 2 de l'échelle Jaeger, et l'examen ophtalmoscopique permettait de constater encore des traces d'exsudation choroïdienne: mais comme il éprouvait les accidents de cachexie mercurielle on supprima le traitement. Les désordres de la cornée étaient totalement disparus et le globe oculaire avait repris sa tension normale.

En jetant les yeux sur cette observation, on est frappé: — 1° par l'ensemble des lésions qui caractérisent le plus ordinairement la troisième période de la syphilis; — 2° par l'identité parfaite de cet état avec les irido-choroïdites lymphatiques attribuées par M. Alph. Desmarres à une lésion générale du globe oculaire sous la dépendance d'un défaut de nutrition par le cercle ciliaire; — 3° de l'heureux effet des spécifiques à haute dose; — 4° enfin de la guérison presque complète coïncidant précisément avec l'état de débilité occasionné par le traitement, tandis que l'expérience a démontré à M. Desmarres que les toniques sous toutes les formes peuvent améliorer une irido-choroïdite ordinaire même assez avancée.

SYMPTOMATOLOGIE. — La choroïdite plastique débute généralement par des douleurs frontales, sous-orbitaires et quelquefois des tensions oculaires qui augmentent chaque fois que la congestion de l'œil devient plus considérable. Les malades se plaignent de voir moins nettement les objets et comme à travers un brouillard.

Souvent ce brouillard disparaît pour revenir plus épais quelques jours plus tard. Quant la rétine est atteinte, il y a de photophobie, le malade éprouve des sensations diverses, telles que des arcs lumineux, des mouches volantes, des points fixes ou mobiles. Souvent il voit la bougie ou le gaz avec des bords irisés ; phénomène que nous devons plutôt rapporter au trouble de l'humeur vitrée qu'à une lésion de la rétine, parce qu'on éprouve la même sensation, si malgré l'intégrité parfaite de l'œil, la cornée est recouverte soit par des larmes, soit par une couche de cellules épithéliales provenant d'un catarrhe de la conjonctive.

DIAGNOSTIC. — L'ophtalmoscope est indispensable pour le diagnostic de la choroïdite spécifique. On pourrait la confondre avec la rétinite et dans les cas fréquents de rétino-choroïdite, l'ophtalmoscope est le seul instrument au moyen duquel nous pourrions faire la part des lésions appartenant à la choroïde et des lésions propres à la rétine.

La rétine et la choroïde nous apparaissent sous l'aspect d'une étoffe rouge recouverte par une autre étoffe de gaze légère.

Dans la simple congestion de la choroïde, la rétine ressort mieux sur la membrane qu'on voit plus foncée qu'à l'état normal. Seulement, ainsi que je l'ai déjà dit, il est difficile d'affirmer qu'il y ait une hyperémie de cette membrane vasculaire, surtout si les deux yeux sont atteints au même degré et si nous ne voyons pas trace d'exsudat.

Il est facile de ne pas confondre les exsudations de la choroïde avec celle de la rétine ; si le travail inflammatoire se fait dans la choroïde, la rétine est soulevée et produit une petite convexité

ournée en avant ; les vaisseaux rétinien s n'éprouvent aucune déviation ; ils passent sur les exsudats en décrivant une légère courbure à concavité postérieure. Dans les exsudations de la rétine, au contraire, les vaisseaux sont recouverts par des plaques blanchâtres. On voit alors les vaisseaux disparaître au bord de l'exsudation : ils passent à la partie postérieure et reparaissent enfin sur le bord opposé pour continuer leur trajet.

L'atrophie de la choroïde diffère de l'exsudat par sa couleur qui est d'un blanc bleuâtre et par ses bords qui sont nets au lieu d'être diffus. De plus, les plaques atrophiques ne proéminent pas en avant et elles sont entourées d'un amas de pigment qui manque toujours ou qui existe à peine sur les contours de la plaque exsudative.

Il est nécessaire de bien explorer la partie antérieure de la choroïde, surtout quand il y a de l'opacité du corps vitré.

Dans les lésions syphilitiques les taches ressortent très-bien ; elles sont nombreuses et groupées par petits flots irréguliers qui occupent plus souvent les parties équatoriales de l'œil. Ces taches se multiplient rapidement et on peut voir leur nombre doubler dans l'espace de quelques jours, tandis que dans les choroïdites d'autres natures les exsudats affectent principalement la partie postérieure du fond de l'œil. Ils sont très-larges, se développent plus lentement ; leur nombre est restreint et après plusieurs examens on peut s'assurer que, si le nombre de taches n'augmente pas, l'étendue de chacune d'elles devient plus considérable.

Le traitement de cette affection devra être le traitement général de la syphilis. Je le décrirai en dernier lieu puisqu'il ne diffère pas dans toutes les affections qui sont de nature syphilitique.

OBSERVATION II.

(Recueillie dans le service de M. Galezowski.)

Choroïdite syphilitique traitée par les pilules de sublimé. — Amélioration.

M. B..., âgé de 30 ans, demeurant à Plaisance, se plaint que depuis 3 mois sa vue baisse peu à peu et progressivement. Interrogé sur ses antécédents il me dit qu'en 1862 il a eu un chancre quelques jours après avoir eu des rapports avec une femme. Ce chancre, situé dans le cul-de-sac annulaire sous-préputial, guérit sans le secours du médecin au bout d'un temps qu'il ne peut pas préciser. En 1863 il eut aux jambes et sur la poitrine une éruption rubéolique qui disparut bien vite; il n'éprouva pas d'autres accidents jusqu'en 1868. A cette époque il eut de violents maux de tête dans la journée et plus tard des douleurs moins vives mais plus persistantes se firent surtout sentir le soir et pendant une partie de la nuit. Ces douleurs cessèrent à l'époque où sa vue commença à baisser, mais depuis deux mois elles sont revenues. Il souffre un peu des yeux, il lui semble quelquefois que ses yeux sont trop gros pour les orbites. Toutefois ces douleurs sont supportables, et ce qui l'inquiète le plus c'est l'abaissement considérable que sa vue a subi. Il lit le n° 40 de l'échelle Giraud-Teulon. La dilatation pupillaire est normale, mais elle n'éprouve qu'une faible contraction, si on fait passer le malade d'une chambre peu éclairée dans une chambre qui l'est davantage.

L'iris présente une coloration jaunâtre un peu plus foncée vers le bord pupillaire.

Les vaisseaux sous-conjonctivaux sont rouges et autour de la cornée on remarque un cercle périkératique dû à l'injection du canal de Fontana. Le malade n'a jamais éprouvé de photopsie, mais au début de ces accidents il éprouva un peu de photophobie qui ne tarda pas à disparaître. A l'ophtalmoscope nous constatons que le fond de l'œil, quoique bien visible, est manifestement obscurci,

on dirait qu'un verre opalin séparerait notre œil des membranes profondes de l'œil malade; il y a évidemment un trouble du corps vitré, mais les recherches les plus minutieuses ne décèlent pas de corps opaques fixes ou flottants. La pupille du nerf optique est rouge et les vaisseaux réliniens un peu petits.

La rétine ne présente rien de particulier. Plus en arrière et vers les parties équatoriales de l'œil, s'observent de petites taches à contours irréguliers et qui se délimitent mal sur le fond de l'œil; ces taches qui nous apparaissent de diverses grandeurs, peuvent, à en juger par la loupe, avoir de un à trois millimètres de diamètre. Leur bord n'est pas entouré de pigment. Elles sont situées, comme je viens de le dire, à la partie périphérique et sont plus nombreuses en haut, en bas et en dedans (image ophtalmoscopique). Je n'ai remarqué aucune plaque à la partie externe. Les vaisseaux de la rétine passent en avant de ces plaques et prennent des directions curvilignes en les traversant.

M. Galezowski ordonne une pilule de bichlorure d'hydrargyre de 0,004, et après un mois de traitement, le malade, que j'ai revu, m'a dit avoir éprouvé un grand soulagement; sa vue est moins mauvaise, mais, malgré l'intérêt que j'avais à recommencer l'examen ophtalmoscopique, il s'y est refusé en prétextant un travail pressé qui le rappelait à l'atelier.

Lésions du corps vitré.

Il ne peut y avoir de trouble choroïdien accentué à la partie équatoriale ou à la partie antérieure de l'œil sans trouble de la partie correspondante du corps vitré. — La partie postérieure au contraire peut faire défaut presque complètement dans certains cas de myopie sans que l'humeur vitrée présente le moindre trouble. Accidentellement, dans des états généraux, le corps vitré peut être pris d'un trouble local ou généralisé sans qu'une lésion organique

antérieure choroïdienne ou autre puisse expliquer cette lésion de nutrition. — Dans ces derniers cas la guérison ne se fait pas longtemps attendre et permet de constater l'intégrité parfaite des membranes accessibles à l'ophthalmoscope. Ces cas sont ordinairement syphilitiques, mais on a trop préjugé en affirmant que tous les troubles hyalins signifient choroïdite syphilitique.

Toutes les choroidites antérieures ou équatoriales présentent ces symptômes, c'est pour cette raison qu'on a dit que toutes les choroidites spécifiques étaient caractérisées par un trouble du corps vitré. Pour donner l'explication de ces phénomènes nous devons, sans faire l'anatomie du corps vitré, rappeler quels sont ses rapports avec la rétine et la choroïde.

Sans discuter la structure celluleuse du corps hyaloïde admis par MM. Hanover et Finkbeiner et repoussée par M. Robin et d'autres savants micrographes, nous ferons observer que tous les anatomistes sont d'accord sur les points suivants :

Le corps vitré à sa partie postérieure, corps organisé, est enveloppé immédiatement par la rétine qui lui est simplement continue et avec laquelle il ne contracte aucune adhérence. A l'union de son quart antérieur avec les $\frac{3}{4}$ postérieurs on trouve des adhérences intimes de cette partie avec la rétine. La zone de Zinn, large de 4 à 6 millimètres, appelée aussi portion ciliaire de l'hyaloïde, est appliquée à la face interne de la portion ciliaire de la choroïde, de la rétine, à laquelle elle adhère intimement. De plus la membrane hyaloïde, arrivée à 2 millimètres de la circonférence du cristallin, se sépare en deux parties qui concourent à former le canal désigné par Petit sous le nom de canal godronné. Ce canal contient un liquide qui pourrait très-bien être destiné à la nutrition du corps vitré.

Ce corps, n'ayant pas de vaisseau, est sous la dépendance de la choroïde qui est le tissu vasculaire le plus rapproché. Comme d'une part il se nourrit par imbibition, d'autre part le canal

godronné laisse facilement transsuder le liquide nutritif qu'il contient, puisqu'il n'a pas d'épithélium il est tout naturel d'admettre que l'humeur vitrée tire de là ses éléments nutritifs. Ceci nous explique les observations que nous faisons journellement, à savoir :

1° Que les lésions du corps vitré coïncident avec les lésions de la partie antérieure de l'œil ;

2° Que si l'opacité du corps vitré est la règle dans la choroïdite syphilitique nous devons l'attribuer à la cause encore inconnue, qui fait que la partie antérieure de la choroïde est plutôt influencée par la syphilis que la partie postérieure.

DE LA RÉTINITE SPÉCIFIQUE.

Le caractère principal des lésions rétiniennes, c'est leur diffusion et leur absence de limites tranchées. Elles présentent deux degrés que nous allons étudier successivement :

1° *Rétinite séreuse*.— Elle est caractérisée par une transsudation séreuse provenant des vaisseaux rétiuiens gonflés. Il survient donc un état œdémateux de la rétine surtout au voisinage de la papille. C'est ce que M. Desmarres a décrit sous le nom d'œdème de la rétine. La rétine paraît soulevée autour de la papille, et à l'aide de l'ophthalmoscope on voit les vaisseaux décrire une convexité à leur point d'émergence. Le fond de l'œil apparaît avec une couleur blanchâtre qui tend à devenir rosée à mesure qu'elle s'éloigne de la papille. Les vaisseaux sont accompagnés de traînées de même couleur qui pourraient être confondues avec des reflets de lumière.

On évitera cette confusion en se rappelant que les reflets produits par le miroir et la lentille se déplacent toujours par le changement de position de ces deux objets, tandis que les lésions ne se déplacent que par le mouvement de l'œil. La couche œdémateuse étant plus mince au niveau de la tache jaune, on aperçoit

beaucoup mieux la coloration rouge de cette partie. Cette coloration, relativement intense, peut jusqu'à un certain point simuler un épanchement sanguin.

2° *Rétinite profonde ou interstitielle*. — Cette forme inflammatoire de la rétine succède presque toujours à la forme précédente; rarement elle s'établit d'emblée. Comme son nom l'indique, dans la rétinite interstitielle, les lésions sont plus profondes et elles occupent la rétine dans presque toute son épaisseur.

L'ophtalmoscope nous indique une plus grande matité du fond de l'œil, le tissu chorôidien échappe complètement à cet examen et la tache jaune prend une couleur grisâtre. On observe quelquefois de larges plaques d'exsudat qui cachent les vaisseaux rétinien, mais le plus souvent ce sont des traînées blanchâtres qui partent de la papille pour suivre les vaisseaux dans la plus grande partie de leurs trajets : la papille est rouge, les vaisseaux petits paraissent plus nombreux. Les bords de la papille se confondent avec la rétine, et souvent on n'a comme point de repaire pour retrouver la papille optique que le point d'émergence des vaisseaux rétinien.

Les troubles fonctionnels qui se rattachent aux deux degrés de rétinite que nous venons de décrire ne diffèrent pas sensiblement.

Le malade accuse un affaiblissement de la vue, et cette amblyopie est d'autant plus considérable que l'épanchement séreux est plus abondant. La vue centrale est généralement bonne et ils lisent assez bien les n° 4 et 5 de l'échelle de Giraud-Teulon. Si la macula lutea est envahie la vue peut diminuer au point de permettre à peine au malade de se conduire.

Il éprouve de la photophobie, et la nuit il voit des éclairs et des feux de couleurs.

Il importe de noter un phénomène des plus curieux et qui plus tard pourra éclairer la physiologie et la pathologie de la rétine ;

je veux parler de la disparition de certaines couleurs, phénomène qui a été signalé par plusieurs auteurs, et dernièrement encore par Goubert, dans sa thèse pour le doctorat.

M. Galezowski a remarqué, le premier, que le rouge d'abord et le bleu ensuite faisaient souvent défaut chez les personnes atteintes de rétinite syphilitique. Ainsi, une personne dont la rétine n'est plus excitée par la couleur rouge appellera le violet, bleu ; l'orangé, jaune, de même si le bleu lui fait défaut, le vert sera jaune et le violet rouge. On n'a pas encore donné des explications suffisantes de ces faits. Je sais bien qu'on a comparé les excitations produites sur la rétine à celles que recevaient le nerf auditif, et on a dit qu'un tableau qui affectait agréablement la vue produisait en nous des sensations analogues à celles que nous ressentions en attendant un beau morceau de musique. Ce qui serait intéressant à connaître, ce seraient les différents éléments rétinien qui sont sensibles pour chaque couleur particulière.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La rétinite séreuse est toujours formée par une exsudation qui provient des vaisseaux de la rétine et qui se répand entre la couche nerveuse et la membrane limitante interne; plus tard cette exsudation s'organise; il se forme dans la névroglie des néoplasies dont l'effet est de comprimer les éléments nerveux de cette membrane et produire des atrophies consécutivement.

Pendant que ces phénomènes se développent et envahissent les couches profondes de la rétine; de nouveaux noyaux, d'après M. Wecker, entourent les fibres de la couche des cellules ganglionnaires, prolifèrent par voie de segmentation et se répandent bientôt dans toute l'épaisseur de la rétine pour former la rétinite interstitielle.

A cette période de la maladie la couche des bâtonnets qui est

comprimée s'atrophie, et ses éléments disparaissent après avoir pris un aspect granuleux.

Si la maladie suit son cours, ce tissu nouveau subit lui-même certaines modifications dont le dernier terme est l'atrophie de la rétine. Il éprouve après un temps assez long la dégénérescence graisseuse, et finit par se résorber en laissant sur la rétine atrophiee divers amas de substances pigmentaires qui proviennent de la choroïde, qui a été modifiée postérieurement.

Les vaisseaux eux-mêmes éprouvent, dans la structure de leurs parois, différentes altérations qui, jointes aux modifications éprouvées par le sang sous l'influence du virus syphilitique, expliquent assez bien les exsudations primitives.

Nous devons ajouter que ces désordres se produisent bien lentement et qu'à l'aide d'un traitement convenable on arrête le développement de cette grave maladie.

Diagnostic. — On ne confondra pas les exsudats rétinien avec ceux de la choroïde parce que les vaisseaux centraux passent au-dessus de ces derniers, tandis que les premiers les recouvrent toujours en partie.

Dans la rétinite syphilitique c'est la partie postérieure de cette membrane qui est la première atteinte. Autour de la papille existe une coloration d'un blanc bleuâtre qui s'affaiblit graduellement pour faire place à la coloration normale de la rétine à mesure qu'on s'éloigne du centre de l'œil. Il y a de plus un phénomène constant que je n'ai jamais observé dans les rétinites d'autre nature; ce qui peut être regardé comme pathognomonique, c'est la trace blanche qui accompagne constamment les vaisseaux rétinien dans presque tout leur parcours.

On trouvera bien rarement des petites taches hémorrhagiques. Quand elles existent, elles apparaissent avec une coloration rouge peu foncée qui est tout à fait différent de l'aspect grenat velouté qui indique la présence d'une couche épaisse de sang provenant d'un traumatisme ou d'une apoplexie quelconque.

Dans la rétinite albuminurique, les nombreuses plaques d'exsudats rétiniens sont d'une couleur plus mate et plus brillante. Elles sont petites, rondes et ressemblent à des gouttelettes graisseuses. On les rencontre moins souvent autour de la papille que sur une autre partie de la rétine; les taches hémorrhagiques sont plus fortes et plus fréquentes.

OBSERVATION III.

Névro-rétinite syphilitique. (Gazette des hopitaux, 1866, M. Galezowski).

M. M.... âgé de 26 ans, homme de peine, se présente, le 18 juin 1866, à la clinique de M. Galezowski. Depuis 6 mois maux de tête violents, sa mémoire s'est affaiblie au point qu'il lui est impossible de se rappeler ce qu'il a lu quelques minutes auparavant. Lorsqu'il sort il oublie dans quelle direction il doit se rendre. L'odorat est complètement aboli; il ne sent plus la fumée de tabac ni même l'ammoniaque. Le cuir chevelu est complètement insensible; on peut le piquer, le pincer et lui arracher les cheveux sans qu'il ressente la moindre douleur. La vue s'est troublée petit à petit, et il lit difficilement de l'œil droit le n° 5 de l'échelle de Giraud-Teulon, de l'œil gauche il lit le n° 4. Une vive lumière le gêne beaucoup et il a constamment des éclairs et des feux rouges et blancs devant les yeux. Les couleurs sont difficilement reconnues, le vert lui paraît jaune, et le bleu noir, il reconnaît le rouge et le jaune, mais leurs nuances les plus grossières lui échappent complètement. A l'ophthalmoscope nous trouvons la papille droite légèrement infiltrée en bas et en dehors; ailleurs elle est saine. A 3 ou 4 millimètres de son bord, nous apercevons des taches hémorrhagiques au nombre de 3 et à côté des vaisseaux rompus existe une tache exsudative blanche. Les autres parties de la rétine et du fond de l'œil sont saines.

Dans l'œil gauche il n'y a point d'hémorrhagie, mais il y a une teinte grisâtre du centre de la papille qui couvre complètement l'origine des vaisseaux qui partent de cet endroit et qui se voit très-nette dans l'autre œil.

Croyant avoir affaire à une affection cérébrale congestive, M. Galezowski prescrit un traitement antiphlogistique : purgatifs, ventouses sèches et scarifiées au cou, à la nuque, vésicatoires aux tempes ; il n'obtient aucun résultat et au bout de 10 jours la vue se trouble davantage, et à l'ophtalmoscope on trouve un nombre beaucoup plus considérable de taches hémorragiques le long du même vaisseau rompu ; c'est alors qu'il se décide, malgré les dénégations du malade, à prescrire le traitement suivant :

Deux fois par jour 0,05 de calomel et une cuillerée à bouche de la solution ; iodure de potassium 7 grammes, eau 250 grammes. En même temps frictions mercurielles sur les tempes et instillation de quelques gouttes d'un collyre contenant digitale 0,01 centigrammes, eau 10 grammes, afin de provoquer le ralentissement de la circulation de la rétine et de prévenir par conséquent de nouvelles hémorrhagies. Dans le courant du traitement, sous l'influence de cette médication, tous les symptômes cités plus haut disparurent, et le 13 juillet, c'est-à-dire moins d'un mois après le traitement on constatait la résorption de quelques taches ecchymotiques et la diminution de toutes. Le trouble de la papille gauche a diminué et le malade a recouvré la faculté de distinguer les couleurs.

La cécité des couleurs est un phénomène propre à cette affection et elle dépend de l'altération de la rétine et du nerf optique.

Réflexion. — Si nous consultons le savant *Traité des maladies syphilitiques* de M. Lancereaux, nous verrons qu'il rattache à une cause cérébrale, tumeur de la base du cerveau, les affections oculaires doubles accompagnées de la perte de l'odorat.

Il se pourrait donc très-bien que l'observation de M. Galezowski fût un cas de ce genre, il n'est donc pas étonnant qu'il ait obtenu de bons résultats au moyen du traitement antisypilitique.

OBSERVATION IV.

Rétino-choroïdite. (Clinique de M. Fano).

Madame X..., âgée de 34 ans, se plaint que depuis un an la vue de l'œil gauche faiblit au point de perdre complètement la vue de ce côté; vers le mois de décembre, elle vint réclamer les soins de M. le professeur Fano. Aujourd'hui sa vue est meilleure, sans être encore bonne. Elle distingue très-bien les doigts. Cette malade m'a dit qu'elle n'a jamais souffert de l'œil, quoiqu'on puisse constater les traces de synéchies postérieures. Elle voit des mouches volantes et quelquefois des cercles de feu rouge et blanc; l'œil n'est pas douloureux à la pression, et il n'existe qu'une faible injection épi-sclérale.

L'iris est contracté faiblement; si on lui met diverses couleurs devant les yeux, elle se trompe quelquefois en appelant bleu la couleur violette. A l'examen ophtalmoscopique on arrive difficilement à percevoir le fond de l'œil; le corps vitré est opaque, et si on lui fait lever et baisser alternativement les yeux, on voit des points obscurs qui se portent rapidement à la partie supérieure de l'œil pour retomber lentement. La pupille est rouge, les vaisseaux de la rétine sont hypertrophiés et accompagnés de longues traînées blanches. En bas et en haut une petite tache d'atrophie choroïdienne.

En remontant aux antécédents, elle nous apprend qu'elle a éprouvé, il y a dix ans, les accidents de la syphilis, dont il ne lui reste maintenant que des céphalées nocturnes.

M. le Dr Fano lui fait prendre de l'iodure de potassium en solu-

tion, et lui conseille en même temps des frictions circumorbitaires avec l'onguent mercuriel.

DE LA RÉTINITE PIGMENTAIRE.

Cette rétinite a été regardée comme un cas tératologique de la rétine ; M. de Graefe signale l'influence de l'hérédité sur le développement de cette maladie et sa coïncidence avec l'idiotie et la surdi-mutité. M. Liebreich dans son atlas d'ophtalmoscopie dit qu'on l'observe le plus souvent sur les enfants issus de mariages consanguins.

M. Wecker a cité des observations où la rétinite pigmentaire existait avec une anomalie congénitale consistant dans une augmentation du nombre des doigts ou des orteils.

Tous admettent que cette maladie est congénitale, mais les malades ne s'en aperçoivent que vers l'âge de 15 au 20 ans, alors que la tache jaune est envahie.

Il est très-vrai que c'est ce qui arrive dans la plupart des cas, mais il n'en n'est pas toujours ainsi.

M. Galezowski admet les rétinites pigmentaires de cause syphilitique ; M. Hubert, interne distingué, m'a dit avoir observé, à l'hôpital Saint-Antoine, une femme de 35 ans qui avait une rétinite pigmentaire spécifique non douteuse.

De mon côté, j'ai eu l'occasion d'étudier à la Clinique du Dr Fano, si riche en cas intéressants, une rétinite pigmentaire dont je vais transcrire les détails.

OBSERVATION V.

M^{me} L..., 35 ans, lingère. Depuis trois ou quatre mois, elle vient assez rarement au dispensaire de M. Fano, qui porte sur sa maladie le diagnostic suivant :

1870. — Jacquey.

Paralysie incomplète de la troisième paire ;

Pigmentation rétinienne ;

Atrophie des nerfs optiques.

Voici les renseignements que j'ai recueillis :

Il y a douze ans, la malade eut des taches rouges sur la peau, des ganglions aux plis de l'aîne et au cou. On peut encore aujourd'hui en constater la présence.

Quelques années plus tard elle eut sur le dos et sur la poitrine de petits ulcères qui coïncidèrent avec les douleurs de tête, dont l'intensité se faisait surtout sentir le soir. Sa vue faiblit et elle devint strabique de l'œil droit.

Le D^r Sichel, qui lui donnait ses soins à cette époque, lui fit prendre des pilules de protoiodure d'hydrargire et la soumit à un traitement antisypilitique qui dura dix-huit mois.

La vue de la malade s'améliora pendant qu'elle suivit ce traitement. Cette amélioration se maintint pendant six ou sept ans, et ce n'est que depuis deux ans seulement que les troubles qu'elle avait ressentis sont revenus.

Aujourd'hui l'ophtalmoscope nous montre une transparence parfaite du corps vitré.

La papille du nerf optique est grise et les vaisseaux sont nombreux et filiformes. La choroïde ne présente rien d'anormal, mais on remarque une grande quantité de petites taches noires disséminées, ayant l'aspect de cellules étoilées et se confondant par des prolongements. Ces éléments sont situés, en partie du moins, en avant des vaisseaux rétiens. Je pense que le traitement antisypilitique que lui fait suivre M. Fano aura le même résultat satisfaisant que celui de Sichel.

NÉVRITE SYPHILITIQUE.

Elle provient toujours d'une cause cérébrale, ou bien elle est consécutive à l'inflammation de la rétine.

PRONOSTIC.

Le pronostic des affections syphilitiques du fond de l'œil est généralement favorable quand elles sont au début et qu'elles coïncident avec la période secondaire de la maladie générale. On arrive toujours à modifier heureusement, sinon à guérir, les phénomènes des congestions. Plus tard, quand la syphilis est à sa troisième période et qu'on est en face d'exsudats anciens avec du corps vitré, le traitement est moins puissant et son effet se fait quelquefois longtemps attendre.

Il est nul quand il existe des désordres considérables dans les membranes dont nous parlons.

Il est évident qu'on ne pouvait rétablir une rétine ou une choroïde dont une grande partie des éléments seraient disparus.

N'oublions pas que les récidives sont fréquentes et qu'elles opposent au traitement une résistance d'autant plus grande qu'elles sont plus souvent répétées.

TRAITEMENT.

Le traitement de ces diverses maladies est le même que celui de la syphilis.

Il ne faut pas croire avec les personnes étrangères à la médecine que la direction de ce traitement qui repose sur l'emploi des mercuriaux, de l'iodure de potassium et des substances sudorifiques, soit une chose facile.

La médication antivénérienne, au contraire, demande une grande habileté de la part du médecin qui l'emploie, et c'est souvent grâce à une grande pratique dans l'art d'employer ces substances qu'on arrive à guérir certaines maladies qui ont déjà suivi sans succès ce traitement.

Pour cela, on consultera avec fruit les excellents ouvrages de Ricord, Lancereaux, Fournier et Melchior Robert.

Il faut tenir compte de l'état général du malade et des traitements antérieurs.

Il est indispensable de savoir dans quel état se trouve l'appareil digestif. Si le malade est débilité, chlorotique, ou chloro-anémique, on lui recommandera une hygiène convenable, jointe aux reconstituants et aux ferrugineux, l'exercice au grand air; on lui défendra l'abus des plaisirs vénériens et des boissons alcooliques, jusqu'à ce qu'il soit dans un état satisfaisant pour supporter le traitement mercuriel.

M. Ricord emploie les pilules de protoiodure de mercure à la dose de 0,05 centigr., souvent il y ajoute de l'opium ou de la ciguë, quelquefois il fait usage des deux substances à la fois.

Je ne crois pas que l'opium aurait un bon résultat dans les manifestations qui nous occupent.

Si, à l'aide de cette substance, le protoiodure de mercure est mieux toléré, il ne faut pas oublier qu'il peut congestionner les vaisseaux qui se rendent au cerveau, et par suite la membrane vasculaire de l'œil.

M. Bazin, à l'hôpital Saint-Louis, emploie dans le même but le sirop de Gibert, à la dose de deux à trois cuillerées par jour.

Il existe dans les formulaires de thérapeutique un nombre considérable de formules contenant le mercure cru, le protoiodure, le biiodure, le bichlorure, et enfin le calomel.

Il est bon d'être familiarisé avec tous ces médicaments dont chacun réussit quelquefois où les autres échouent.

Si la congestion oculaire est considérable, on pourra donner des pilules d'aloës de 0,10 centigr. pour amener une dérivation.

L'iodure de potassium en solution ou dans un sirop à la dose de 2, 4 ou même 6 gr. par jour, produit de bons résultats dans la période secondaire et dans la période tertiaire; comme tisane sudorifique on donne la préférence au gaïac ou à la salsepareille.

M. le D^r Panas n'est pas partisan de donner le mercure à l'intérieur en même temps que l'iodure de potassium.

Dans ses leçons au bureau central, il nous recommandait un

traitement qui lui avait fourni constamment de bons résultats, et il nous citait la guérison d'une malade traitée pendant longtemps, au dehors de l'hôpital, par les pilules de protoiodure sans succès.

Voici la méthode qu'il nous engageait à suivre. Donner au malade tous les jours 1 ou 2 gr. d'iodure de potassium; le soir, frictions sur les mollets avec l'ongent napolitain. Faire prendre en même temps des médicaments toniques, tels que : pilules ferrugineuses, vin de quinquina, huile de foie de morue, etc.

On préviendra la gingivite ulcéreuse qui se déclare si souvent chez les malades qui font usage du mercure, par l'emploi d'une poudre astringente :

Un mélange d'alun et quinquina par exemple.

Il insistait sur l'emploi simultané de ces médicaments. Je crois, en effet, sa méthode excellente pour les personnes faibles et chez lesquelles un traitement altérant pourrait amener des désordres graves dans toute l'économie.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES.

Anatomie et histologie. — Des os des membres supérieurs.

Physiologie. — Des mouvements réflexes.

Physique. — Baromètres; effet de la pression atmosphérique sur l'homme; ventouses.

Chimie. — Des acides; de leur constitution; définition des acides mono, bi, et polybasiques.

Histoire naturelle. — Qu'est-ce qu'un pachyderme? Comment les divise-t-on? Quels produits fournissent-ils à l'art de guérir?

Pathologie externe. — Des pseudarthroses consécutives aux fractures.

Pathologie interne. — De la fièvre synoque.

Pathologie générale. — De la prédisposition morbide.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des altérations de l'urine.

Médecine opératoire. — De l'opération de la pupille artificielle; comparaison des procédés par déplacement, incision, enclavement.

Pharmacologie. — De la distillation; des eaux distillées ou hyrolats. Comment les obtient-on? Quelles sont les altérations qu'elles peuvent subir, et les moyens employés pour les prévenir?

Thérapeutique. — De l'absorption des médicaments.

Hygiène. — De l'exercice musculaire.

Médecine légale. — De la valeur des expériences physiologiques; pour constater la présence du poison.

Accouchements. — Du palper abdominal; sa valeur comme moyen de diagnostic de la grossesse, des présentations et des positions.

Vu, bon à imprimer.

RICHET, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.